

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Année 1955

T H E S E

pour le

No.
881

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Université)

présentée par

S P I N N E R Léon

né le 21 avril 1925

à Galatz (Roumanie)

Présentée et soutenue publiquement le 1955

SUR UN CAS D'ARRACHEMENT DE LA VESICULE BILIAIRE

PAR TRAUMATISME FERME DE L'ABDOMEN.

Président: M. DE GAUDART-D'ALLAINES, Professeur

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Année 1955

THESE

No.

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

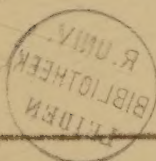
(Diplôme d'Université)

par

SPINNER Léon

né le 21 avril 1925

à Galatz (Roumanie)



Présentée et soutenue publiquement le 11 juillet 1955

SUR UN CAS D'ARRACHEMENT DE LA VESICULE BILIAIRE

PAR TRAUMATISME FERME DE L'ABDOMEN .

Président : M. DE CAUDART-D'ALLAINES, Professeur

A MA MERE, A MON PERE

Pour tous les sacrifices qu'ils
ont consentis, ce modeste témoignage
d'amour filial et de reconnaissance.

A MA FEMME,

Compagne incomparable,
Précieuse camarade, en souve-
nir de nos années estudiantines.

A MA SOEUR, A MON BEAU-FRERE,

En remerciement de ce que je
leur dois.

A TOUS LES MIENS,

A TOUS CEUX QUI M'ONT TEMOIGNE

LEUR AMITIE.

A Monsieur le Professeur DE GAUDART-D'ALLAINES

Membre de l'Académie de Chirurgie

Professeur de Clinique Chirurgicale

Chirurgien de l'Hôpital Broussais

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette Thèse.

Homages respectueux.

A Monsieur le Président de l'Université de Paris

Monsieur le Recteur de l'Université de Paris

Professeur de Philosophie à l'Université de Paris

Cher Monsieur le Recteur, j'ai l'honneur de vous adresser ci-joint

un exemplaire de mon ouvrage intitulé "La Philosophie de l'Occident"

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Recteur, l'assurance de ma haute

et respectueuse considération.

Je suis, Monsieur le Recteur, avec toute ma reconnaissance, votre

très dévoué serviteur.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Recteur, l'assurance de ma haute

et respectueuse considération.

Je suis, Monsieur le Recteur, avec toute ma reconnaissance, votre

A TOUS MES MAITRES
des Hôpitaux et de la Faculté

A Monsieur le Docteur POINTEAU

A Monsieur le Docteur PEROL

Chirurgiens
de l'Hôpital de Charleville

Qui ont bien voulu nous faire
profiter de leur enseignement

A Monsieur le Docteur ZILLHARDT

Médecin-Chef des Services
de Pédiatrie et de Contagieux de l'Hôpital de Colmar
Chevalier de la Légion d'Honneur

En remerciement de la bien -
veillance qu'il a bien voulu nous
témoigner.

DOYEN HONORAIRE :

M. Baudouin ,

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudouin, Brindeau, Cadenat, Carnot, Chabrol, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Gougerot (H.), Guillain, Harvier, Laubry, Lemaître, Lemierre, Lhermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mulon, Olivier (E.), Ombrédanne, Sannié, Sézary, Tanon.

DOYEN.....Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR.....Jean VERNE

1. - PROFESSEURS

MM.
Anatomie.....CORDIER (G.)
Anatomie pathologique.....DELARUE (A.)
Bactériologie.....GASTINEL (P.)
Biologie appliquée à l'Education Physique
et aux Sports.....CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale... VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale.....HUGUENIN (R.)
Carcinologie.....OBERLING (C.)
Chimie médicale.....N...
Cliniques chirurgicales... Hôtel-Dieu.....BROCQ (P.)
Broussais... DE GAUDART-D'ALLAINES (F.)
Salpêtrière.....MONDOR (H.)
Cochin.....QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et
orthopédique.....MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de cardiologie.....DONZELOT (E.)
Clinique de chirurgie infantile et
d'orthopédie.....FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire.....MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose.....BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie.....PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture.....LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et
syphilitiques.....DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang.....CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux... ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants.....DEBRE (R.)
Clinique des maladies mentales et de l'en-
céphale.....DELAY (J.)
Clinique gynécologique.....FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique médicale ... Hôtel-Dieu.....BENARD (H.)
Bichat.....LAROCHÉ (G.)
Cochin.....MOREAU (R.)
Broussais.....DE GENNES (L.)

MM.

Clinique médicale d'hydro-climatologie
thérapeutique.....JUSTIN-BESANCON(L.)
Clinique médicale propédeutique.....PASTEUR VALLERY-RADOT(L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré
et des maladies de la nutrition....BOULIN(R.)
Cliniques obstétricales..Tarnier.....LANTUEJOUL(P.)
Baudelocque.....LEVY-SOLAL(F.)
Port-Royal.....LACOMME(M.)
Clinique ophtalmologique.....VELTER(E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique.....AUBIN(A.)
Clinique physio-pathologique des problè-
mes alimentaires(chaire à titre personnel).RICHET(C.)
Clinique psychiatrique infantile.....HEUYER(C.)
Clinique rhumatologique et sociale.....COSTE(F.)
Clinique stomatologique.....DECHAUME(M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale.....SENEQUE(J.)
Clinique thérapeutique médicale.....LEMAIRE(A.)
Clinique urologique.....FEY(B.)
Embryologie.....GIROUD(A.)
Génétique.....LAMY(M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie..MOUQUIN(M.)
Histologie.....CHAMPY(C.)
Hygiène et clinique de la première enfance..CATHALA(J.)
Hygiène et médecine préventive.....JOANNON(C.)
Médecine du Travail.....DESOILLE(H.)
Médecine légale.....PIEDELIVRE(R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicaleGALLIARD(H.)
Pathologie chirurgicale.....MENEGAUX(G.)
Pathologie exotique.....LAVIER(G.)
Pathologie expérimentale et comparée.....LENEGRE(J.)
Pathologie humorale et immunologie expéri-
mentale(chaire à titre personnel).....MERKLEN(F.-P.)
Pathologie médicale.....BARIETY(M.)
Pathologie et thérapeutique générales.....GARCIN(J.)
Pédiatrie sociale.....MARIE(J.)
Pharmacologie et matière médicale.....HAZARD(R.)
Physico-chimie médicale(chaire à titre
personnel).....DOGNON(A.)
Physiologie.....BINET(L.)
Physique médicale.....STROHL(A.)
Radiologie médicale.....DESGREZ(H.)
Technique chirurgicale.....MOULONGUET(P.)
Thérapeutique.....TURPIN(R.)

11. - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES ET AGREGES

MM.

Anatomie....DEBEYRE(J.)	! Bactériologie....FASQUELLE(R.)
DELMAS(A.) Pr.s.ch.	! NEVOT(A.)
Anatomie pathologique	! Biologie médicaleBOURLIERE(F.)
N...	! Chimie médicale..ETTORI(J.) Pr.s.ch
GAUTHIER-VILLARS	! JAYLE(M.F.) "
(MlleP.) Pr.s.ch.	! SCHAPIRA(G.)
BUSSER(F.)	! Dermato-syphiligraphie
GOUYGOU(C.)	! DUPERRAT(F.)

Histologie....	BULLIARD(H.)Pr.s.c.	Pathologie médicale	
	COUJARD(R.)		BERNARD(J.)
	N...		BOUDIN(J.)
Hydrologie...	DEBRAY(C.)		CASTAIGNE(P.)
Hygiène.....	BOYER(J.)		CONTE(M.)
	DEPARIS(M.)		DECOURT(J.)
Médecine légale et			DOMART(A.)
du travail..	DEROBERT(L.)		DREYFUS(Gilbert)
	GAULTIER(M.)		FAUVERT(R.)
	HADENGUE(A.)		HAMBURGER(J.)
Neurochirurgie	DAVID(M.)		KOURILSKY(R.)
Neurologie....	SEZE(S.de)		LAMOTTE(M.)
Obstétrique...	GRASSET(J.)		LAROCHE(C.)
	LEPAGE(F.)		MILLIEZ(P.)
	MAYER(M.)		PEQUIGNOT(H.)
	MERGER(R.)		PERRAULT(M.)
	MORIN(P.)		RAMBERT(P.)
	VARANGOT(J.)		THIEFFERY(St.)
Ophthalmologie.	OFFRET(G.)		TURIAF(J.)
	DESVIGNES(P.)	Pédiatrie....	JOSEPH(R.)
Orthopédie....	JUDET(R.)		LAPLANE(R.)
Oto-rhino-laryngologie			N...
	HALPHEN(E.)Pr.s.ch.	Pharmacologie	LEVY(Mlle.J.)Pr.s.c.
	AUBRY(M.)		CHEYMOL(J.H.)Pr.s.c.
	MADURO(R.)	Physiologie..	BARGETON(D.)Pr.s.c.
Parasitologie.	BRUMPT(L.)		PARROT(J.L.)
	CHABAUD(A.)	Physique médicale	
Pathologie chirurgicale			DJOURNO(A.)Pr.s.c.
	ABOULKER(P.)		GOUGEROT(L.)
	BAUMANN(J.)	Pneumo-Phtisiologie	
	GOSSET(J.)		KREIS(B.)
	HUGUIER(J.)	Psychiatrie..	BARUK(H.)
	LAURENCE(G.)	Psychiatrie infantile	
	LEGER(L.)		MICHAUX(L.)
	LORTAT-JACOB(J.)	Stomatologie.	CERNEA(P.)
	OLIVIER(Cl.)		CHAPUT(Mme A.)
	PADOVANI(P.)	Thérapeutique	PERRAULT(M.)
	POILLEUX(M.)		chargé de l'enseign.
	ROUX(M.)	Urologie.....	KUSS(R.)
	RUDLER(J.-C.)		
	VERNE(J.-M.)		
Pathologie expérimentale			
	N...		

111. - PROFESSEURS HONORAIRES et AGREGES
RAPPELES A L'EXERCICE
pour le service des examens.

MM. BRINDEAU (A.)(Obstétrique), GATELLIER(J.)(Clinique chirurgicale),
LE LORIER(V.)(Obstétrique), VAUDESICAL(R.)(Obstétrique).

IV. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

MM.

MM.

Clinique chirurgicale

AMELINE(A.)

PATEL(J.)

SICARD(A.)

Clinique médicale. BROUET(G.)

CACHERA(R.)

HAGUENAU(M.)

Pr.s.ch.

MARCHAL(G.)

Clinique médicale

SOULIE(E.)

Clinique obstétricale

ECALIE(G.)

Clinique ophtalmologique

RENARD(G.)

Clinique urologique

COUVELAIRE(R.)

Secrétaire général de la FacultéMOREL(J.)

SecrétaireMlle CHAINTREUIL(G.)

Conservateur, chargé de la direction... Docteur HAHN(A.)

Conservateur.....Mlle GOICHON

Bibliothécaires.....Mlles. DUMAITRE(P.)

LE NOIR(G.),METIN(F.)

QUIEVREUX(E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté
que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront pré-
sentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et
qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

- INTRODUCTION. -

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le Service de Chirurgie de l'Hôpital de Charleville (Ardennes), au courant de l'année 1953, un cas de traumatisme abdominal fermé ayant entraîné une lésion organique rare: l'arrachement de la vésicule biliaire de son lit hépatique.

Suivant les conseils de Monsieur le Docteur POINEAU^T, Chirurgien-Chef du Service, auquel nous réitérons nos remerciements, nous nous sommes attaché à étudier l'arrachement de la vésicule biliaire provoqué par les traumatismes fermés.

Nous limitant à ce sujet, nous avons donc exclu de notre étude les lésions consécutives aux traumatismes ouverts, ou bien celles survenant chez les nouveaux-nés, lors des traumatismes obstétricaux, ainsi que, bien entendu, les déchirures vésiculaires simples, sans désinsertion du lit hépatique.- Par contre, nous croyons devoir conserver les cas d'arrachement vésiculaire survenant chez des sujets porteurs de vésicule malade.



- GENERALITES. -

Nous n'avons pas trouvé, dans les manuels classiques consultés, une description détaillée de cette lésion et de sa symptomatologie. Les rares auteurs qui la mentionnent (MOOR - HEAD), ne s'y attardent pas. Ainsi, avons nous essayé, pour en dégager des renseignements quelque peu valables, de rassembler quelques unes des observations parues dans la littérature mondiale. Nous n'avons pas la prétention, dans ce modeste travail, d'avoir recueilli tous les cas; il en existe sans doute d'autres, mais, ou bien la publication ne nous était pas accessible, ou bien leurs observateurs n'ont pas cru devoir les faire publier. - Le fait de la rareté de cette lésion , demeure néanmoins.

La première observation trouvée remonte à 1805. Elle fut mentionnée par MAYER en 1872, dans son ouvrage: Die Wunden der Leber und Gallenblase. La connaissance de ce drame abdominal doit se situer, toutefois, antérieurement à cette date. Depuis, nous avons pu retrouver 18 observations, en plus de la notre, qui, malheureusement, sont parfois incomplètes.

Ainsi, en l'absence de plaies pénétrantes de l'abdomen, l'arrachement traumatique de la vésicule biliaire est si rarement vu, qu'il est exceptionnellement suspecté, et, lorsqu'il existe, il est souvent masqué par d'autres lésions, associées

et plus évidentes.

Il s'agit pourtant d'une lésion grave, posant divers problèmes pratiques :

- les uns, communs à tous les traumatismes quelque soit leur siège, tel que celui du shock, de l'hémorragie, de l'infection,

- les autres résultant directement des dégâts locaux, tels que l'épanchement biliaire, l'atteinte concomittante et fréquente du foie, glande de première importance vitale, ou d'autres viscères voisins, estomac, intestin, rate.

o o

o

- ETIO-PATHOGENIE. -

L'arrachement de la vésicule biliaire est dû à un traumatisme plus ou moins violent ayant porté soit directement sur la région hépato-vésiculaire, comme dans la majorité des cas rencontrés, soit sur une région abdominale quelconque, (comme dans l'observation 7), soit, enfin, traumatisme à point d'application situé à distance (comme dans les observations 13 et 17), et, dans cette dernière alternative, les dégâts ayant été causés par le contre-coup.

Cette lésion se voit à tous les âges, mais surtout chez l'homme adulte, car s'est lui qui est exposé le plus fréquemment à des traumatismes importants. Notons, à ce propos, qu'aucune des observations recueillies se rapporte à des femmes.

Les dégâts peuvent intéresser tantôt une vésicule pathologique, enflammée ou anormalement distendue (lithiase), - tantôt une vésicule indemne de toute tare pathologique.

L'intensité du traumatisme même est variable. Nous verrons par la suite, que la lésion est causée surtout par la direction spéciale de l'agent traumatisant, ainsi que par des facteurs organiques locaux, plutôt que par l'intensité du choc.

La situation même de la vésicule, son recouvrement plus

ou moins complet par le foie au moment de l'accident, son attachement à cet organe, expliquent la rareté de son arrachement traumatique. - Sa position variable d'un sujet à l'autre selon la conformation des individus, longilignes, brévilignes, ainsi que la variabilité du volume en fonction de l'état de remplition, lui-même réglé par le rythme des repas, font comprendre que certaines vésicules soient plus exposées que d'autres. - A tout ceci ajoutons la possibilité de l'existence de modifications locales dans la zone limite hépato-vésiculaire (oedème, par exemple)(CAMPOS), qui augmenteront les chances d'une désinsertion vésiculaire.

Enfin, la position du blessé au moment du choc, l'état de contracture ou de relâchement de sa paroi abdominale, sont à prendre en considération pour expliquer ces lésions.

La question du mécanisme même trouve sa réponse dans les quelques hypothèses suivantes :

Si nous parcourons les observations recueillies, nous ne manquerons pas de remarquer que la plupart des lésions résultent d'un coup direct sur la région hépato-vésiculaire ou, simplement, sur l'abdomen.

A)- On peut supposer, dans un premier cas, que la vésicule soit pleine, distendue, et dépasse donc le bord antérieur du foie, lui-même protégé plus ou moins par le grillage costal. La force due au choc entraînerait la vésicule vers le bas, le foie étant peut-être repoussé vers le haut et, si par ce

fait la déchirure hépatique serait elle même évitée, en échange le décollement de la vésicule biliaire est amorcé en commençant par le fond.

B)- En supposant dans un deuxième cas, que des adhérences existent entre la vésicule biliaire d'une part, et l'intestin et l'épiploon, d'autre part, la vésicule sera soumise, par exemple lors d'un traumatisme appuyé, à deux tiraillements de sens contraire: celui du foie repoussé vers le haut et celui de l'épiploon et de l'intestin vers le bas. Le décollement ou bien la déchirure vésiculaire, en seront les résultats.

C)- Le troisième cas est celui où le foie serait intéressé par une déchirure sagittale passant par son lit vésiculaire. Les lèvres de la plaie qui en résulte vont tendre à s'écarter. La paroi de la vésicule, beaucoup plus solide, ne suivra pas cette déchirure et résistera aux tiraillements. Le résultat sera son détachement du lit. L'hémorragie issue de la plaie viendra compléter la séparation des deux organes. Nous remarquerons cependant qu'une simple hémorragie entre vésicule, saine surtout, et foie, peut ne pas avoir pour conséquence cette séparation. (Observation No. 24 de LEBEL).

D)- Le quatrième mécanisme invoqué, est celui où la vésicule biliaire pleine, étant soumise à une forte pression due au traumatisme, éclate. L'épanchement biliaire consécutif pourra, dans certains cas et lorsqu'il se produit dans le tissu lâche limitrophe des deux organes, entraîner leur sépara -

tion.

E)- Nous ajouterons, enfin, une cinquième et dernière hypothèse: celle où le choc a eu un point d'application éloigné, mais s'est transmis à une zone hépato-vésiculaire intéressée par un processus pathologique (inflammatoire, oedémateux) Cet état de chose local, rendrait le clivage traumatique plus aisé. (Observation 17)

Ainsi, ou bien la vésicule biliaire est arrachée du foie par le traumatisme lui-même, hypothèses A) et B), -auxquelles faudrait-il peut-être ajouter la dernière hypothèse, E), - ou bien la rupture, soit du foie soit de la vésicule, survient d'abord et alors la pression, due à l'hémorragie ou à l'épanchement biliaire, dans le tissu hépato-vésiculaire, entraîne les lésions décrites.

o o

o

- ANATOMIE PATHOLOGIQUE. -

Les lésions découvertes lors de l'intervention sont des plus variables. On pourrait schématiquement les classer ainsi:

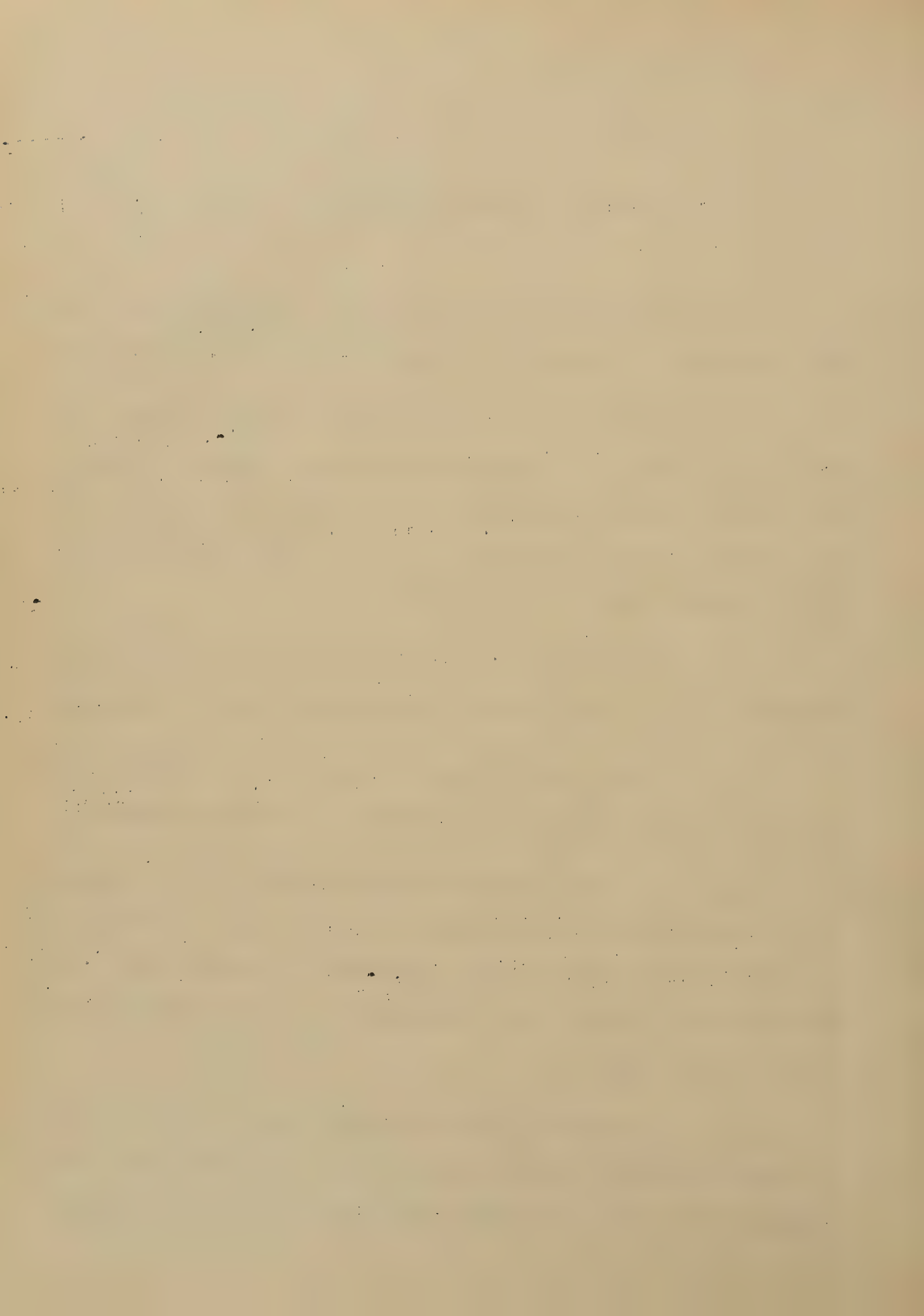
- arrachement complet de la vesicule biliaire avec section du canal et de l'artère cystiques, véritable "cholécystectomie traumatique"(BROWN Jr.), laissant la vésicule libre de tout attache (Observations 15, 18, 19). Elle sera parfois retrouvée dans le petit bassin;

- arrachement de la vésicule, entraînant son décollement du lit, mais restant suspendue au bout du cystique;

- enfin, décollement incomplet de la vésicule, que ce soit au niveau du corps, du fond ou du collet uniquement.

Dans toutes ces variétés la paroi aura pu être épargnée ou bien entamée par une déchirure de taille très variable. Consécutivement l'épanchement biliaire intra-péritonéal aura été constitué plus ou moins rapidement, et son abondance sera plus ou moins importante.

De toute façon dans la majorité des cas, ces cholécystectomies se feront dans un mauvais plan de clivage, par tiraillement du lit glissonien, entre le parenchyme hépatique



et sa capsule, pouvant se prolonger et entraîner de fortes hémorragies.

Les dégâts viscéraux associés trouvés à l'intervention sont des plus divers.

Une place à part doit être réservée aux atteintes hépatiques: qu'il s'agisse de déchirures des faces, des bords, voire même d'un véritable éclatement de l'organe. Nous avons vu plus haut le rôle de la rupture sagittale du foie, rupture passant par le lit vésiculaire, dans la genèse de l'arrachement de la vésicule. - Non moins dénué d'importance sera le rôle joué par la plaie hépatique engendrée au niveau du lit par l'arrachement lui-même, et qui peut être parfois le siège d'une hémorragie abondante. Notons, enfin, que ces lésions du foie peuvent intéresser, outre son parenchyme, son appareil de suspension, et parfois, y être même limitées.

Nous ne ferons que mentionner, simplement, qu'à côté de ces lésions hépatiques, d'autres viscères peuvent être intéressés (intestin, estomac, rate, etc.), qui présenteront des dégâts échappant à toute systématisation. La vérification de tous ces organes sera de règle en cours d'intervention.

- SYMPTOMATOLOGIE. -

Le diagnostic d'arrachement traumatique de la vésicule biliaire ne semble pas avoir été posé avant l'acte opératoire. - Et ceci se comprend, car il n'y a pas de signes propres à cette lésion qui se présente sous divers masques d'empreinte. Sans doute pourrait-on parfois la suspecter, mais, sa rareté, les signes de contusions abdominale, les lésions des autres viscères, fréquemment associés, dont, et surtout, le foie, sont là pour accaparer notre attention et nous faire prévoir des lésions plus vraisemblables, car plus souvent rencontrées.

Nous avons affaire en premier lieu à un blessé, pauci ou multitraumatisé, ayant subi un choc plus ou moins important.

L'état de SHOCK du malade est variable.

Il a gardé sa lucidité, ou bien il est inconscient.

Pâle, hébété, anxieux, ses extrémités sont froides et couvertes de sueurs, sa respiration rapide est superficielle, sa tension artérielle, effondrée. Viennent parfois s'ajouter un état nauséux ou des vomissements, et parfois une tendance syncopale. Cette dernière aurait de l'importance pour certains auteurs, dans l'affirmation de lésions viscérales.

Pourtant, ce tableau peut manquer, et nous serons sou -

vent surpris, rétrospectivement, lors de la découverte des dégâts, de l'absence de shock initial chez ces blessés qui arriveront à parcourir à pied, après l'accident, de grandes distances pour se rendre à l'Hôpital. - Car ils viendront se plaindre d'un signe important:

La DOULEUR ABDOMINALE. Celle-ci siège au niveau de l'hypochondre droit ou au creux épigastrique. Assez souvent elle se fait sentir dans la fosse iliaque droite, et, dans les cas où le traumatisme n'aura pas été relaté, à cause de sa bénignité apparente, le diagnostic d'appendicite pourrait y être porté.

C'est une douleur profonde ne devant pas être confondue avec la douleur pariétale, continue, avec parfois des paroxysmes. Elle prend les types les plus divers: arrachement, pesanteur, gêne, et les intensités les plus variables, allant d'une violence telle qu'elle arrache des cris aux blessés, à une douleur sourde, ou simple gêne supportable. Certains changements de position, ainsi que les mouvements respiratoires, ou le fait de se pencher en avant, l'exagèrent.

La douleur irradie peu ou beaucoup; transversalement ou vers la fosse iliaque droite. L'irradiation vers l'épaule droite étant, si non la plus fréquente, tout au moins la plus caractéristique des lésions de ce carrefour, hépato-vésiculaire.

A côté des douleurs abdominales, il convient de placer les VOMISSEMENTS.

Ils sont d'une fréquence variable.

Tantôt précoces et accompagnant, comme on l'a vu, le shock, - vomissements alimentaires, sans signification spéciale, - tantôt plus tardifs, aidant à diriger le diagnostic, par leur aspect bilieux. Quant aux vomissements sanglants, ceux-ci se voient surtout dans les jours qui suivent le traumatisme et, en l'absence de lésions du tractus digestif, ils seraient le témoin d'une rupture associée du foie.

A propos du MELAENA, nous dirons que sa survenue prend la même signification que celle des vomissements sanglants, si là aussi on élimine la possibilité de blessure de l'appareil digestif. Son apparition est tardive, dans les jours qui suivent le traumatisme.

Les TROUBLES du TRANSIT, avec arrêt des matières et des gaz, sont des signes très tardifs qui viendront compléter ce tableau d'urgence abdominale.

Enfin, si certains malades peuvent présenter le HOQUET, ce serait le signe d'une irritation ou parfois d'une atteinte diaphragmatique, coexistante.

Ce sont là les signes fonctionnels les plus fréquemment rencontrés et auxquels viendra s'ajouter le cortège des signes généraux, des plus variables d'un sujet à l'autre :

Le FACIES influencé par l'existence ou l'absence de shock,

- pouvant n'être que passager, - sera presque toujours, pâle, décoloré, à muqueuses exsangues. Cependant, un aspect normal en coloration et en expression, ne devra pas exclure la possibilité d'une lésion organique.

Quelques moments, quelque temps après, lors de l'hémorragie interne ou lors de la constitution de la péritonite biliaire, nous assisterons à l'altération progressive du faciès qui prendra le masque de l'anémie aiguë ou de l'infection. Plus tard encore, plus tard encore, ce sera celui de l'ictérique.

La TEMPERATURE est sub-normale dans la majorité des cas, oscillant entre 37,5 et 38. Ce n'est que lors du shock, et d'une façon passagère, qu'on peut assister à une hypothermie, ainsi que lors d'une hémorragie interne foudroyante, cette brusque chute thermique prenant alors une signification péjorative.

Le POULS est variable. Dans certains cas c'est le pouls rapide, menu, filant, des shockés. Mais, comme au cours des plaies du foie, la bradycardie se voit aussi dans le cas qui nous intéresse. Il apparaît cependant qu'il ne s'agit pas d'une véritable bradycardie (pouls à 40-50, par exemple), mais plutôt d'un pouls lent tout relatif. Il existe, en effet, une discordance manifeste entre ce pouls à 70-80, et l'état du malade, shocké ou saigné, faisant prévoir, a priori, un pouls autour de 100.

Mais à côté de ces valeurs différentes d'un malade à un autre, ce pouls varie dans le temps: atteignant parfois 120, 130

battements, et alors faible et filant, retrouvant plus tard un rythme relativement lent, tout en devenant mieux perceptible.

- Cette variation notée sur une courbe permettra, d'un côté, de mieux suivre l'état du malade et, d'un autre côté, de préciser le moment de l'intervention.

Quant à la valeur de la TENSION ARTERIELLE, elle est marquée par la même inconstance d'un malade à l'autre: ou bien pression basse, voire même imprenable, ou bien normale, et ce dernier fait n'est pas exceptionnel.

Ce sera cependant surtout de l'examen clinique que nous tirerons les renseignements les plus riches et les plus valables:

Déjà la simple inspection nous permettra d'obtenir un des éléments les plus importants du diagnostic: l'IMMOBILITE RESPIRATOIRE de l'abdomen. Non pas tant l'immobilité localisée à l'hypochondre droit et qui aurait, pour certains, une valeur localisatrice, mais un ventre ne respirant plus dans toute son étendue, un rebord costal inférieur immobilisé, ou presque, par la contracture diaphragmatique. C'est un signe précoce, fidèle, antérieur à l'apparition de cet autre signe capital qui est la contracture de la paroi abdominale.

Si l'inspection nous permet aussi, parfois, de noter la teinte bleu-noir de la région ombilicale lors des hémorragies intra-péritonéales, ou bien l'ictère localisé à cette même ré-

gion dans les cholépéritoinies, leur très fréquente inconstance ne nous permet pas de leur accorder une trop grande valeur.

Il en est tout autrement de la CONTRACTURE ABDOMINALE. Il s'agit d'un signe fondamental, d'importance capitale, lorsqu'il existe. Malheureusement, nous devons le dire, il n'est pas absolument constant et, en son absence, il ne faudra pas conclure à la bénignité des lésions et priver le malade d'un acte salvateur.

La contracture peut être généralisée à tout l'abdomen, ou bien être localisée ou prédominer dans des régions limitées: sous-hépatique, épigastrique. Elle est absolue, d'une résistance ferme à la main qui palpe, donnant l'impression d'un véritable ventre de bois ou, par contre, modérée, et alors simple défense musculaire pariétale. Il n'en faut pas plus pourtant pour que l'intervention soit envisagée sérieusement et pratiquée.

C'est lors de la recherche et de l'appréciation de ce signe, que nous trouverons et nous mesurerons l'intensité d'un autre symptôme, celui de la DOULEUR PROVOQUEE. Ce symptôme est aussi variable par sa localisation et par son intensité que la contracture. Tantôt vive, limitée à l'hypochondre droit, à la région vésiculaire, et alors d'une grande valeur localisatrice, tantôt plus ou moins intense, peu précise, diffusant à tout l'abdomen, et d'estimation relative.

Par la suite, la percussion de l'abdomen ira à la recherche d'une MATITE des flancs, témoin d'un épanchement intra-péritonéal important. Signe inconstant, mais dont on appréciera, lorsqu'on l'aura noté, son éventuelle mobilité, ainsi que ses progrès d'un examen à l'autre.

Enfin, nous finirons par "l'exploration systématique des culs de sac de Douglas qui doit toujours être faite dans les syndrômes aigus de l'abdomen, traumatiques ou non" (LENORMANT) Ainsi, le toucher rectal nous renseignera sur la vacuité du pelvis, et nous révélera l'éventuelle sensibilité du cul de sac.

Il nous faut remarquer, au terme de ce chapitre, qu'une grande prudence s'impose, car des tableaux silencieux, ou presque, en existent. Pourtant, la lésion est là et nous nous devons de ne pas l'ignorer.

o o

o

- DIAGNOSTIC.-

Sur quels signes s'appuyera-t-on pour affirmer ou infirmer le diagnostic d'arrachement vésiculaire? - Nous l'avons déjà laissé prévoir qu'il est très difficile de poser ce diagnostic, surtout qu'une grande part du tableau est calquée sur celle des traumatismes hépatiques. En reprenant quelques uns des symptômes décrits, nous tâcherons d'en extraire ceux qui nous mettront sur la voie du diagnostic.

L'aspect du blessé, son état de SHOCK, plus ou moins intense, est banal chez tous les traumatisés du ventre et n'a pas de valeur diagnostique, d'autant plus, nous l'avons vu, qu'il peut manquer.

Les circonstances de l'accident, les agents traumatisants, le point d'application de la force ont, en échange, plus de valeur.

L'état de relachement musculaire de la paroi abdominale (sommeil, état d'ivresse) coup ayant porté au niveau de la vésicule biliaire, un corps contondant pointu ou mousse, l'état de la vésicule; distension physiologique - d'où l'intérêt de noter l'heure du dernier repas et celle de l'accident, - ou bien pathologique (lithiase), dirigeront notre recherche sur la région.

Les soupçons seront d'autant plus légitimes si le sujet est connu comme étant un vésiculaire (cholécystite, lithiase). Tout ceci n'est cependant pas la règle. Et, de la lecture des observations, il ressort que les points d'applixation les plus divers, sur l'hypochondre gauche, sur un point encore plus éloigné (chute sur les pieds d'une certaine hauteur - et alors fera-t-on intervenir le mécanisme du contre-coup, - peuvent engendrer les mêmes lésions.

Que dire de l'intensité du choc subi? Les dégats qu'il produit ne lui sont pas proportionnels et l'absence de lésion viscérale ne peut être affirmée sur la seule notion de choc léger. Retenons cependant pour notre gouverne:

- le siège d'application du choc,
- la forme de l'objet contondant,
- les facteurs locaux (paroi, organes)

Plus tard on aura à discuter devant deux tableaux différents:

Ou bien c'est celui du SHOCK HEMORRAGIQUE, soit que l'hémorragie ait repris, soit qu'elle se soit intensifiée - et on se gardera bien alors de parler encore de shock traumatique -. Si cet aspect du blessé est d'une grande valeur pour signaler l'existence de lésions organiques, il est dénué de toute valeur localisatrice. Il peut, par surcroît, être absent lors des arrachements vésiculaires. Sa constatation garde néanmoins une grande portée pratique.

Ce bien, il s'agit du THICK BILIAIRY plus long à apparaître et en relation avec la péritonite biliaire dont la constitution est plus lente, avec son faciès planté, ses douleurs diffusées, sa contracture, sa matité du flanc droit, le météorisme, le hoquet. On ne sous-estimera pas la valeur de ce tableau ainsi que sa signification chez ces traumatisés de l'abdomen. Retenons-le pour notre diagnostic, bien qu'il puisse être souvent absent.

Les NAUSEES, les VOMISSEMENTS, sont des signes banaux. Peut-être devra-t-on prendre plus en considération les vomissements biliaires.

La DOULEUR SPONTANÉE est un signe important. Sa valeur diagnostique est grande si c'est une douleur persistante et qui se soit pas la simple traction du traumatisme pariétal.

La localisation profonde dans la région percutée est significative. Une irradiation vers l'épaule droite mérite une attention particulière, lorsqu'elle existe. Si cette irradiation se rencontre non seulement dans les cas d'arrachement vésiculaire, mais aussi dans la rupture traumatique du foie, sa constatation aura néanmoins le mérite de retenir notre attention sur la région. Toujours est-il que l'absence d'irradiation vers l'épaule droite, ou bien la présence d'irradiations diverses, comme par exemple, vers le creux épigastrique ou même vers l'épaule gauche, n'auront pas de valeur négative.

Retenons donc, comme signe de valeur diagnostique: la douleur persistante, la douleur qui va en s'intensifiant, avec ou sans irradiation scapulaire droite.

Quelques mots sur l'importance du HOQUET. Sa constatation peut être la traduction soit d'une lésion diaphragmatique soit, simplement, de son irritation. Celle-ci ne saurait être mieux engendrée que par des lésions de cette région hépato-vésiculaire. - Gardons-lui donc une place dans notre diagnostic.

On a beaucoup épilogué sur la valeur du POULS. C'est FINSTERER qui, le premier, attira l'attention sur la Bradycardie, qu'il attribua, au début, aux plaies du foie. Les auteurs ne sont pas d'accord quant à la fréquence de sa rencontre et de sa signification. Elle se voit aussi dans les arrachements vésiculaires, ainsi que dans ceratines hémorragies intra-péritonéales graves. La constatation d'une bradycardie garde donc une trop faible valeur pour l'échaffaudage de notre diagnostic, en sachant, en outre, que sa présence pourrait nous donner une fausse sécurité: " A la suite d'une contusion de l'abdomen le pouls peut être, et rester pendant plusieurs heures, à peine accéléré, battre à 90 pulsations par minute et même moins, alors qu'il y a du sang plein le ventre, alors que le malade est en danger de mort par hémorragie... Si l'accélération du pouls doit être considérée comme une indication opératoire, l'absence d'accélération ne doit jamais être considérée comme une raison de s'abstenir, s'il existe par ailleurs des indications o-

pératoires tirées d'autres symptômes" (QUENU)

Que penser, enfin, de la TENSION ARTERIELLE ? Elle a la même valeur relative que le pouls. Son interprétation est incapable de nous diriger vers le diagnostic. Sa relation avec des dégâts organiques est plus ou moins fidèle, pouvant demeurer haute, stable, dans des cas d'hémorragies intenses.

Il reste encore à discuter un signe clinique, mais un signe de poids : la CONTRACTURE ABDOMINALE. Elle peut être généralisée, persistante, prenant divers types quant à son intensité ; mais, là encore, que de lésions ne peuvent l'engendrer ! Mais si elle est localisée, ou prédominante dans la région épigastrique ou sous hépatique, à son importance se voit ajouter une valeur localisatrice. Mais, des localisations ou des prédominances autres que celles qui viennent d'être nommées peuvent se rencontrer et égarer le diagnostic. Il reste néanmoins que la constatation de cet élément est de tout premier plan, comme faisant partie des signes cardinaux de l'indication opératoire.

Si notre diagnostic n'est pas posé, et l'absence de signes cliniques, la bénignité apparente du traumatisme nous font remettre l'intervention, nous verrons apparaître souvent, dans les jours qui suivent, la JAUNISSE. Quand on aura vu le malade pour la première fois à son sujet, il faudra savoir la rattacher à sa véritable cause, par l'anamnèse des jours précédents. Sa

survenue chez un malade hospitalisé pour d'autres blessures co-existantes, lui aura permis de ne pas échapper à une surveillance médicale continue, et de profiter d'une intervention rapide.

Il ressort des lignes précédentes, que le diagnostic d'arrachement traumatique de la vésicule biliaire est des plus difficile. Les examens complémentaires viennent nous apporter quelques renseignements qui s'ajouteront aux constatations cliniques.

Nous ne mentionnerons, que pour mieux l-exclure de nos procédés, un moyen diagnostique prôné par certains: il s'agit de la PONCTION EXPLORATRICE, qui ramènerait du sang, lors des épanchements hémorragiques, de la bile lors des épanchements biliaires. Mais, outre l'inconstance des résultats fournis, l'inocuité absolue de cette méthode est loin d'avoir été démontrée d'une façon satisfaisante.

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE apportera sa contribution par la constatation d'un signe négatif intéressant, l'absence de croissant gazeux sous-diaphragmatique.

Enfin, quelques éléments importants seront fournis par:

- la numération des globules rouges, qui vite traduira, par sa chute brusque ou progressive, l'hémorragie interne, et à côté de laquelle il faut placer l'étude des chiffres fournis par l'hématocrite.

- la formule leucocytaire, importante par sa leucocytose

et sa polynucléose prédominante.

Une mention spéciale sera faite pour la constatation d'une glycosurie ou d'une hyperglycémie. On connaît depuis les travaux de Claude BERNARD la signification de ces signes, témoins d'un traumatisme hépatique.

Enfin, la présence de pigments biliaires dans les urines vient nous confirmer l'existence de lésions hépato-vésiculaires. Cependant leur apparition est tardive, précédente de peu ou accompagnant la jaunisse.

Nous voyons ainsi, au terme de cette analyse, les difficultés qui se présentent pour élaborer le diagnostic d'arrachement traumatique de la vésicule. Il s'agit cependant d'une lésion réclamant une intervention rapide, voire urgente.

Dégageons de ce tableau complexe les signes devant nous conduire à intervenir pour soupçons d'arrachement vésiculaire:

1)- La notion de traumatisme, surtout si celui-ci a porté sur la région hépato-vésiculaire,; ainsi que les renseignements obtenus, quant aux circonstances.

2)- La douleur profonde, persistante, surtout si elle irradie vers l'épaule droite,

3)- La contracture abdominale.

4)- Les signes d'hémorragie interne,

5)- Les signes d'épanchement biliaire,

6)- Les renseignements fournis par les examens

complémentaires.

Si l'ensemble des symptômes ne nous permettra que très rarement de poser le diagnostic, il nous incitera, par contre, à l'intervention. Le résultat sera le même, car le malade aura été sauvé, et c'est là le fait qui prime.

o o

o

- FORMES CLINIQUES.-

A côté des formes où le tableau est au complet, où la symptomatologie est riche mais avec de nombreuses variantes suivant la prédominance de tel ou tel signe, il reste de la place à d'autres aspects cliniques.

Ainsi existe-t-il des formes suivant la gravité et la précocité d'apparition des manifestations, desquelles nous dégagons :

- les formes immédiatement graves, avec shock intense, perte de connaissance, inondation hémorragique péritonéale rapide, où le traitement anti-shock est inefficace et l'issue fatale rapide.

- les formes où, à l'opposé, la symptomatologie est pauvre ou peu intense, l'aspect initial peu inquiétant : pas de shock, peu de douleurs, le blessé marche, porte secours aux autres blessés. C'est quelques minutes ou quelques heures après que le tableau change brusquement, se complète et s'aggrave.

- ajoutons à cette forme celle où les signes de début, parfois inquiétants, avec shock plus ou moins profond, se dissipent rapidement, avec ou sans l'aide des médications. Le blessé rentre chez lui et ce n'est que quelques jours après que

viennent s'ajouter à un endolorissement abdominal qui persiste et s'accroît, la jaunisse, les vomissements biliaires, la fièvre, etc.

Nous ne ferons que mentionner les formes anatomo-cliniques :

- formes où le déchirement de la vésicule, accompagnant son arrachement, entraîne, en premier lieu le cholépéritone laissant au deuxième plan l'hémorragie

- formes dans lesquelles la rupture concomitante du foie entraîne surtout une inondation péritonéale hémorragique.

Quant aux formes selon l'âge, la lésion peut survenir à tout moment de la vie. (Le plus jeune sujet des observations recueillies avait 4 ans. Obs. 13). Les ^{cas} intéressants les deux extrêmes de la vie semblent plus intéressantes car nous aurons à discuter à leur sujet un diagnostic important, celui de l'appendicite.

o o

o

- TRAITEMENT.-

Le traitement de l'arrachement traumatique de la vésicule biliaire est chirurgical.

Les méthodes modernes d'anesthésie, de réanimation, de lutte contre le shock (médication, transfusions, déconnexion, voire même hibernation), nous permettent d'intervenir aussi rapidement que cela est désiré, sans perte de temps entre la décision opératoire et l'intervention curatrice.

Du point de vue strictement anesthésique, plusieurs problèmes se posent, car il s'agit d'une intervention d'urgence sur un malade souvent shocké. De plus, l'anesthésiste ne connaît pas son malade, et réciproquement, c'est un malade non examinée préalablement et dont on n'a pas pu capter la confiance - facteur si important dans la narcose. En outre, le malade n'est pas préparé moralement à une intervention chirurgicale et se trouve ainsi en état de shock moral. Enfin, il n'est le plus souvent pas à jeun, et c'est là l'écueil le plus grave, surtout en circuit fermé.

Pour toutes ces raisons il semble devoir s'adresser à:

- Une préanesthésie au Sédol, instituée 3/4 d'heure avant l'intervention,

- Une anesthésie composée de: Induction par une injection intraveineuse d'un mélange de 0,50g. de NESDONAL en

solution à 5% plus 40 à 80 mmg. de FLAXEDIL (curare) et ensuite administration en circuit fermé de CYCLOPROPANE avec OXYGENE, sans adjonction d'aucun autre produit.

Par cette méthode le départ anesthésique est agréable, l'anesthésique reçu est des moins toxiques, la résolution musculaire est parfaite et la réapparition des reflexes se fait très rapidement.

L'intervention proprement dite se fera sur un sujet en position correcte, dont la paroi abdominale sera projetée en avant par la pose d'un coussin sous les dernières vertèbres dorsales et un autre sous la tête.

Quelle incision choisir?

Si le diagnostic n'est pas posé et la région à explorer n'est pas reconnue d'une façon précise, il s'agit alors d'une laparotomie exploratrice. Elle sera exécutée par incision médiane, à cheval sur l'ombilic. Elle a l'avantage de permettre l'exploration de la plupart des organes, et déceler d'éventuelles lésions associées. De plus, si elle se montre en cours d'intervention insuffisante, lorsqu'on aura précisé la lésion, elle peut se compléter convenablement d'une dérivation appropriée.

Dans le cas où le diagnostic de blessure de la région hépatique et d'autant plus, celle des voies biliaires aura été porté, la meilleure incision sera celle qui donnera, outre un bon accès sur la vésicule et les canaux excréteurs, la possibilité d'explorer soigneusement et complètement le foie et les

autres viscères susceptibles d'avoir été intéressés en même temps par le choc.

L'imperfection de chacune d'entre elles se traduit par le grand nombre qui en est proposé :

- outre l'incision médiane, verticale, sus ombilicale et ses dérivés, par exemple celle de KEHR, on propose :

- les incisions para-médianes, verticales, soit à un pouce de la ligne médiane, soit à travers le muscle grand droit, ou bien celle de PEAN, sur le bord externe du même muscle.

- les incisions transverses horizontales, comme les deux variétés, haute et basse de SPRENGEL,

- et, enfin, les transverses obliques comme celle de KEHR, très estimée par beaucoup d'auteurs, - ou sa variante proposée par HARTMANN.

Chacune de ces incisions a ses adeptes et chacune d'entre elles allie, à des avantages sérieux, des inconvénients non négligeables. Leur choix dépendra des préférences et des habitudes de l'opérateur.

Le temps pariétal étant effectué, à l'ouverture du péritoine il se fait issue le plus souvent d'une quantité assez importante de sang, ou de sang mélangé à de la bile. -Après aspiration une exploration minutieuse doit être entreprise et on pensera à la possibilité de lésions multiples associées.

L'arrachement de la vésicule biliaire étant diagnostiqué de visu, son traitement variera en fonction de son état:

- si la vésicule biliaire peut être utilisable, on fera une cholécystostomie ou une cholécystorraphie en deux plans, suivant le degré et la forme des déchirures coexistantes

- si les lésions sont étendues, difficilement réparables, on procédera à une cholécystectomie.

Après réparation des autres lésions éventuelles, on finira par la pose d'un petit drain et d'une mèche, qui seront enlevés entre le 4e et 8e jour, et on fermera dessus la paroi.

o o

o

- COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES. -

Les complications post-opératoires ne sont pas exceptionnelles.

Les unes sont d'ordre respiratoire: pneumonies, ou manifestations pulmonaires aiguës passagères, discrètes, non cataloguées, broncho-pneumonies, voire même épanchements pleuraux. Avec les puissants moyens de traitement dont nous disposons maintenant, leur pronostic est bon.

D'autres sont d'ordre endocrinien: les troubles hépatiques étant, en effet, fréquents. (N'oublions pas, en effet, que la contusion intéresse très fréquemment la région hépato-vésiculaire).

- Tantôt, et le plus souvent il s'agit d'ictère, dont l'intensité peut aller du subictère léger, à peine perceptible ou limité aux muqueuses, à l'ictère intense, généralisé, avec selles décolorées et urines foncées. Sa survenue se situe entre le 4^e et le 10^e jour, et sa durée, variable, est, en général, limitée à 5-6 jours.

Cet ictère ne semble pas laisser de séquelles et ne compromet pas l'avenir fonctionnel de la glande hépatique. Il est à remarquer en outre que cet accident est indépendant de l'ictère qui peut survenir précocement, et qui est en rapport

avec la péritonite biliaire.

- Les troubles de la glycorégulation ne semblent pas très exceptionnels.

Nous avons été frappé, dans l'observation que nous rapportons, par la coexistence d'une glycémie élevée à 3g. par litre avec une glycosurie absente. Quelle explication apporter à ce fait? - S'agissait-il d'une manifestation précoce de l'insuffisance rénale, avec élévation du seuil d'élimination du glucose? - Cette hyperglycémie, qui avait nécessité un traitement insulinique, s'est trouvée finalement réduite définitivement et aucun traitement insulinique ne fut plus nécessaire par la suite. Comme la précédente complication, elle ne semble pas, non plus, laisser des séquelles fonctionnelles de la glande hépatique.

Les complications rénales paraissent plus sérieuses. Mais il semble que leur existence soit moins fréquente que lors des blessures hépatiques. Il se pourrait cependant que leur mécanisme soit le même, par le truchement de la blessure hépatique effectuée par l'arrachement du lit vésiculaire, rejoignant ainsi le groupe des hépato-néphrites, au pronostic plus sérieux. En fait, ces manifestations peuvent se réduire à une oligurie et à une urémie modérées et passagères.

A côté de ces complications médicales nous placerons celles en rapport plus direct avec l'acte chirurgical, et dont

les plus fréquentes sont les fistules biliaires. Heureusement elles se tarissent, quⁱque dans un temps variable, allant de 10 jours jusqu'à même quelques mois.

Nous ne ferons que mentionner, enfin, les troubles du transit intestinal dus, le plus souvent, à une atonie, cédant assez facilement, ainsi que l'occlusion intestinale, soit parétique, soit, assez exceptionnellement, par bride.

o o

o

- PRONOSTIC.-

En dehors de la coexistence de lésions associées, surtout hépatiques, qui assombrissent le pronostic, celui-ci est bon dans les cas d'arrachement simple de la vésicule biliaire par traumatismes fermés.

Il semble à ce sujet que l'an 1898 représente une date importante car, depuis, les cas mortels dus aux lésions traumatiques de la vésicule biliaire sont devenus des plus exceptionnels, si une intervention à temps a été effectuée. C'est à ce propos que nous rapporterons les paroles de ALLEN: " des pertes de beaucoup moins nombreuses ont été imputées aux explorations inutiles dans les cas douteux, que celles dues à l'attente de la survenue de signes évidents."

o

o

o

- OBSERVATIONS. -

OBSERVATION 1 (personnelle)

Monsieur Ar...V..., âgé de 21 ans est admis dans le Service de Chirurgie le 28.6.1953 , après un accident de voiture. Celle-ci s'étant renversée, le malade a été contusionné au niveau de l'hypochondre droit par un corps linéaire ayant laissé son empreinte et semblant être le volant de direction, bien qu'il ait été assis à côté du conducteur.

Aucune douleur perçue immédiatement.

Puis, apparaissent des douleurs sous-costales droites. bloquant la respiration, ainsi que quelques nausées, non suivies de vomissements.

Pas de perte de connaissance.

Pas de tendance syncopale.

Accident survenu vers 11h.45. Dernier repas: vers 9h.

Le malade est transporté en ambulance mais il en descend sans aucune difficulté et peut marcher, accompagnant son camarade qui est étendu sur la civière.

Lors de l'examen médical, une heure après la survenue de l'accident, le tableau est changé:

Aspect de shock important; faciès livide, sueurs très abondantes. Cependant le pouls est à 80, la tension artérielle

est à 16/10.

Le malade se plaint à ce moment de douleurs vives à la base droite du thorax, surtout lors de l'inspiration profonde.

A la palpation de l'abdomen il n'existe pas de défense musculaire , mais l'examen provoque une douleur, peu importante, dans l'hypochondre droit.

Un traitement anti-shock est entrepris durant les heures qui s'en suivent.

Par la suite l'état clinique se modifie peu: le faciès reste toujours livide, mais les sueurs sont moins abondantes. La tension artérielle oscille peu, la maxima variant entre 14 et 16. Quant au pouls, il reste inchangé, autour de 80.

L'examen radiologique entrepris ne montre aucune lésion des côtes ou des viscères intra-thoraciques. Les clichés, sans préparation de l'abdomen, ne révèlent aucune image anormale.

Trois heures après l'admission il apparaît une douleur à la pointe de l'omoplate droit , ainsi que le hoquet.

L'hémogramme révèle: Globules rouges: 3.260.000, Globules blancs: 20.000, dont 83% de polynucléaires neutrophiles.

Cliniquement aucun nouveau signe abdominal n'est apparu, et l'intervention est décidée pour hémorragie interne probable.

Intervention:

Anesthésie: départ au Pentothal 0,40g. avec Curare 15 mh. Intubation. On continue au Pentothal, traces de Cyclo-

propane et oxygène.

On pratique une incision médiane sus-ombilicale.

A l'ouverture du péritoine on note la présence de sang épanché en quantité importante. - L'examen de la rate la montre intacte.

On raccorde une deuxième incision perpendiculaire à la première, vers le rebord costal droit. On trouve alors :

- une vésicule biliaire semblant être normale, sans signes inflammatoires et sans calculs, arrachée de son lit hépatique et n'y adhérant que par le collet et une partie du fond. La surface de décollement du foie est saignante, cruantée.

- une petite déchirure de la face concave du foie, parallèle au lit vésiculaire.

Devant ces lésions on pratique : une cholecystectomie, une suture de la plaie parenchymateuse au catgut 2, un drainage par mèche.

A la fin de l'intervention on trouve dans le bocal 1 litre de sang aspiré.

Suites opératoires :

L'intervention est bien supportée.

La transfusion per- et post-opératoire aura nécessité 1 litre 500 de sang iso-groupe. Le malade reçoit en outre une perfusion de 500 cc. de Subtosan et 500 cc. de sérum glucosé isotonique.

La tension artérielle est bonne. Mais le malade est agité.

le 29.6.

- le matin: L'état général est bon. Le pouls est à 100, la tension artérielle à 12,5, la température à 37° 6 . L'abdomen est légèrement tendu. Par la mèche il se fait issue une petite quantité de sang. -Pas d'émission de gaz.

- le soir: Le malade est très agité et, devant l'échec des calmants (Gardénal, Phénergan), on est obligé d'employer la camisole pour empêcher le malade de se lever. - On note l'apparition d'un vomissement ainsi que l'émission de quelques gaz, mais l'abdomen reste tendu, douloureux et un peu ballonné.

Les examens de laboratoire parvenus montrent: une Azotémie à 0,64 et une Glycémie à 3g. tandis que dans les urines on note: Aspect jaune ambré, limpide, Glucose:néant, Sels biliaires:néant, Pigments biliaires: néant, Urobiline: normale.

Cette discordance entre la Glycémie élevée et la Glycosurie absente est frappante. On institue une insulinothérapie à raison de 2 fois 10 unités par jour.

le 30.6.

Le malade présente un état de dépression et de légère somnolence. La tachycardie est importante, variable, entre 120 et 160. La tension artérielle est à 15,5/9, la température à 38 mais le soir elle montera à 39.2.

L'abdomen est toujours tendu et douloureux. On obtient une selle normale en consistance et en couleur.

Le malade émet un crachet sanglant. A l'auscultation pulmoanire on note la diminution du murmure vésiculaire à la

base droite.

L'examen des urines révèle: aspect louche, couleur jaune ambre, Glucose:néant, Corps cétoniques:néants, Pigments biliaires: + + +, Sels biliaires:++ , Azotémie: 0,66g. par litre.

le 1er. 7.

Il apparait un sibiectère conjonctival. - L'abdomen est souple mais non douloureux. Emission d'une selle normale. Le pouls est à 90, la Tension artérielle à 13/8, la température à 38°3, -38°7 . Lors de l'ablation de la mèche se fait issue une quantité importante de sang liquide (environ 700 cc.), hémolysé, à reflets jaunes intenses. Pose d'un petit drain dans le trajet de la mèche, laissant suinter un liquide ayant les mêmes caractères que le précédent.

L'Azotémie est de 0,66 g./l. la Glycémie de 1g.,15/l. L'insulinothérapie est continuée à raison de 10 unités par jour.

le 2.7.

Le subiectère est plus accentué, le pansement est inondé d'une importante quantité de bile pure s'écoulant par le drain. Apparition d'une selle décolorée. Température à 37°5, le soir à 38°8, le pouls à 90, la tension artérielle à 13/8 , l'azotémie de 0,70g./l ,la Glycémie est de 1,15.

le 4.7.

L'ictère continue à s'intensifier. Les selles sont toujours décolorées,. Par le drain il sort peu de bile. La diurèse qui se maintenait basse, autour de 300-400 cc. ppar jour

a repris et atteint 1 litre 200 en 24 heures. L'Azotémie est toujours élevée 0,62 - 0,70. La Glycémie de la veille: 1g.60
le 8.7.

Les jours précédents il apparait une légère amélioration.

L'Azotémie est tombée à 0,37, la Glycémie demeure variable entre 1g. et 1g.50.

Le drain sous-hépatique s'est éliminé spontanément et le trajet est impossible à retrouver. Il ne se fait plus aucune issue de bile depuis 48 heures. Depuis la veille le ballonnement abdominal s'est accusé, la fièvre et la tachycardie ont repris, la tension artérielle est tombée à 11/7.

Devant ces troubles on pratique une incision de l'orifice de drainage. Il en sort une quantité importante de bile. On met en place une grosse mèche et un drain.

Les examens de laboratoire pratiqués montrent: Azotémie: 0,42, Glycémie: 1g.55, Hémogramme: Globules rouges: 4.560.000, Globules blancs: 40.000, dont 95% de polynucléaires neutrophiles, lymphocytes: 1, grands lymphocytes:1, monocytes: 3.

le 16.7.

Ecoulement de bile important. Les selles sont devenues colorées, le subictère est disparu. Le ventre reste toujours un peu ballonné et sensible. La glycémie est variable entre 1g.30 et 1g.40, l'azotémie descend et atteint 0g.25. La tension artérielle est basse, 10/7, le pouls variable, entre 90 et 110.

le 21.7.

Ecoulement peu intense de bile, surtout autour du drain

qui est enlevé. Pose d'une mèche. La Glycémie est autour de 1 g. On arrête le traitement par l'insuline.

le 26.7.

Ablation de la mèche. Le malade est en bon état général. La formule sanguine montre: Globules rouges: 3.560.000, Globules blancs: 16.200, dont: polynucléaires neutrophiles: 76, éosinophiles: 6, basophiles: 1, lymphocytes: 5, grands lymphocytes: 4, monocytes: 8.

le 3.8.

Très bon état général. L'abdomen est souple, indolore. Il existe un léger suintement de bile par l'orifice de drainage.

Les jours qui vont suivre le malade sera complètement rétabli, l'écoulement biliaire aura cessé, l'examen des urines se montrera normal.

Le malade quitte le Service le 14.8.1953 en parfait état.

Il allait très bien et ne se plaignait d'aucun trouble en avril 1955.

-0-0-0-

RVATION 2 Auteur non cité. Medical and physical journal. 13, 1805

La vésicule biliaire était quasi intacte, mais arrachée du foie par un traumatisme fermé.

Le décès s'en suivit par hémorragie hépatique .

-O-O-O-

ERVATION 3 KLIBOUR (A) The Edinburgh Medical and Surgical Journal
55, 1841

Un homme de 36 ans est amené le 8.9 par la police qui l'aurait trouvé dans la rue la veille, en état d'ivresse, pour "inflammation intestinale". (Plus tard on aura appris que le malade avait été battu et qu'un policier lui aura sauté avec les genoux sur le ventre.)

A l'examen du matin du 9, le malade se plaignait de douleurs importantes dans ses intestins. L'abdomen était très tendu, tympanique, et la moindre pression lui faisait mal. Il était anxieux et contracté., la température de la peau était normale, le pouls à 108, faible, petit. La langue était brune et très plissée. Pas de vomissements; pas d'exonération depuis quelques jours, d'après ses dires. La nuit le malade ne dort pas et se plaint continuellement de son ventre. - Décède le 10 à 7 heures.

A l'autopsie, pratiquée 12 heures après la mort, on ne note pas de plaies externes. A l'ouverture du ventre il en sort 4 l.5 environ de sang liquide. On découvre dans le petit bassin,

lors de l'exploration de la vessie, un corps qui se trouve être la vésicule biliaire à moitié distendue.- La face inférieure du foie présente une surface irrégulière ayant sa correspondante sur la vésicule et répondant toutes les deux aux parties qui les réunissaient initialement. Le tissu hépatique était infiltré de sang et il existait en outre, au niveau du lit vésiculaire, une fissure parenchymateuse longue de 2 cm. 5, et profonde de 1 cm.

-o-o-o-

SERVATION 4. FAURE (J.-L.) Bull. et Mem. Soc. Chir. 22-29 juillet 1896.

Il s'agit d'un homme qui reçut un coup de cheval dans le ventre. Il fut aussitôt transporté à l'hôpital de la Pitié. L'auteur constate l'existence d'un point douloureux très circonscrit dans la région de l'hypochondre droit; il n'y avait aucune réaction, ni vomissements, ni nausées. Le ventre était plutôt rétracté. Par contre, il y avait un abaissement considérable de la température.

On fit une laparotomie médiane sus-ombilicale et on trouva le péritoine rempli de sang, mais on ne put, tout d'abord, trouver la source de l'hémorragie. En débridant la paroi transversalement vers le point douloureux, on constate que la vésicule biliaire était complètement décollée et ne tenait plus au foie que par un petit lambeau péritonéal. Le foie lui-même était déchiré et, sur la surface de section, une artère de cali-

bre assez important donnait du sang à plein jet. Une pince fut placée sur le vaisseau, avec drainage à la gaze stérilisée.

Deux jours après, la pince fut enlevée.

Les suites furent parfaites.

-O-O-O-

SERVATION 5. THOMAS (W. - T.) British med. journal 2, 1406, 1898

Garçon de 14 ans, bien portant. Fait une chute, à plat ventre sur un sol en pierre, d'une hauteur d'environ 3m.5. - Dernier repas pris, 6 heures auparavant. - Il présente après la chute des douleurs abdominales, collapsus, une respiration superficielle de type thoracique. Le faciès est incé, anxieux. Le pouls à 84, la température à 36.4. La paroi abdominale est rigide et sensible. Les urines sont normales. Plus tard apparaît une douleur dans l'épaule droite. Le lendemain, après une nuit agitée malgré la morphine, la température atteint 37,3. Le pouls est à 100. La paroi abdominale est contracturée, extrêmement sensible à la palpation.

Le malade est opéré à la 23e heure seulement.

Issue de liquide vert-jaunâtre, biliaire. On trouve une vésicule biliaire pendante, détachée du foie, et dont la paroi est intéressée par une déchirure allant du fundus au collet.

Suture. Drain. Guérison.

-O-O-O-

ERVATION 6. WILMS Deutsche med. Wchnschrft. 27, 569, 1901

Un homme de 36 ans fait une chute d'un échaffaudage situé au 3e étage et est en outre écrasé par une voiture: une de ses roues de devant lui passant sur la poitrine et sur le ventre. Il présente des douleurs abdominales, de l'anémie, un pouls petit. On constate des fractures des côtes inférieures droites, avec de l'emphysème cutané. La paroi abdominale n'est pas contracturée. A cause de l'état précaire du malade on ne pratique pas d'intervention. Il décède 24 heures après.

A l'autopsie: l'abdomen est rempli de sang. Au milieu de la face convexe du foie, il existe quelques plaies profondes avec les bords infiltrés de sang. Une plus grosse plaie, en "rayons de roue", se trouve sur la face inférieure, à gauche de la vésicule biliaire qui est séparée de la face inférieure du foie et est suspendue par le canal cystique.

-o-o-o-

ERVATION 7. MERCADE (S.) Rev. de Chir. 25, 82, 1902.

L'auteur reçoit à l'Hôpital le 2.10.1901 un garçon de 16 ans qui, lors d'une glissade, tombe sur le dos. A ce moment une charrette lui passe sur la base gauche du thorax, mais la roue s'arrête dans sa course et retombe en arrière.

A l'entrée, l'enfant est pâle. les lèvres sont décolorées, il se plaint de douleurs dans tout le ventre, surtout au point contus. La respiration est précipitée, superficielle. Quelques

vomissements alimentaires apparaissent. Le pouls est à 98. Sur la base du thorax gauche il existe 3 éraflures au niveau du rebord costal. - La paroi abdominale est contracturée, très sensible à la palpation. A la percussion il existe une légère matité à la partie inférieure de l'abdomen, au niveau des deux fosses iliaques. Les symptômes s'aggravent rapidement. Une heure et demis après, la température est à 36.8 et le pouls à 96. Les extrémités sont froides, l'abdomen ballonné, le ventre tendu. La zone de matité s'élève jusqu'à l'ombilic.

Intervention: incision médiane (soupçons de rupture de rate) Epanchement intra-péritonéal de sang noir. - La rate, l'estomac, l'intestin sont intacts, mais il existe une vésicule complètement décollée du foie, avec, sur sa face supérieure, un léger suintement sanguin. En avant du hile, sur toute la longueur du lobe carré, le foie est déchiré sur 9-10 cm. par une entaille de 2 cm. de profondeur.

Suture du foie. La vésicule est laissée en place.

Suites excellentes. Ni albumine, ni sucre, ni pigments biliaires dans les urines.

-o-o-o-

OBSERVATION 8 . Dans: Sanitätsbericht über die König.-bayer. Armee, 1905/06 (Cité par AMANTE dans : Lesioni traumatiche del fegato e delle vie biliari)

Il s'agit d'un militaire écrasé par un cheval.

Laparotomie 4 heures après. On ^{ne}rencontre pas de lésions viscérales.

Le lendemain il sort de la bile par la plaie opératoire.

Nouvelle laparotomie, au cours de laquelle on constate une rupture du lobe droit du foie. Tamponnement. Le blessé décède 48h. après.

A l'autopsie on rencontre: un arrachement partiel de la la vésicule biliaire et une déchirure du rein droit.

-o-o-o-

OBSERVATION 9. PAGET Austral. Med. Gazette. Sydney 30, 54, 1912

Ecrasement par une voiture. Le foie était détaché du ligament suspenseur et retourné sur lui-même, en avant. - Son bord antérieur était aplati et adhérait au colon transverse. La vésicule biliaire était arrachée de son lit et pendait au bout d'une tige formée par le canal et les vaisseaux cystiques. Il existait en outre une déchirure du cholédoque dont sortait de la bile.

Guérison après deux opérations (Le mode opératoire n'est pas mentionné dans l'observation)

-o-o-o-

OBSERVATION 10. SULTAN (cité par THOLE dans: "Lésions du foie et des voies biliaires" p. 145)

Un garçonnet de 12 ans est cogné par l'une des voitures d'une balançoire. Il présente du collapsus, des vomissements. Le ventre est tendu. On porte le diagnostic vraisemblable de rupture du foie, mais en raison de son état, on ne peut intervenir immédiatement.

Le shock est réparé, mais au 7^e jour il apparaît de l'ictère, de la fièvre, et on note la présence d'un épanchement abdominal libre. On porte le diagnostic de rupture de la vésicule biliaire.

On procède à une laparotomie, qui découvre une importante quantité de bile intrabdominale sortant par la vésicule déchirée et arrachée de son lit.

Tamponnement, suture. Guérison.

-o-o-o-

OBSERVATION 11. RASTOUIL (In THOLE, op. cit.)

Homme renversé par une voiture.

Il s'en suit une grosse déchirure du lobe hépatique droit. De plus la vésicule biliaire a été arrachée et tous les gros canaux rompus.

Décès après 12 jours.

-o-o-o-

SERVATION 12. MOORHEAD (J.) in " Traumatic Surgery " 1917

L'auteur rappelle le cas d'un jeune homme qui, pendant son travail se blessa le côté supérieur droit de l'abdomen.

On soupçonna chez lui une rupture du foie, et ceci en se basant sur: la localisation de la douleur, la décoloration des téguments, la rigidité pariétale intense et des signes d'hémorragie importante (pâleur, soif, faiblesse, pouls rapide et chute de la tension artérielle).

A l'intervention, on trouva une vésicule arrachée de son lit et pendant par le col. Elle laissait place à une surface hépatique saignante laissant voir les moyens d'attache vésiculaires antérieurs. Il existait aussi une déchirure du lobe droit du foie.

La vésicule fut "cousue à sa place", le saignement cessa et un prompt rétablissement s'en suivit.

-o+o-o-

SERVATION 13. ANDERSON (L.) Acta Chir. Scand. 59, 380, 1925

Un garçonnet de 4 ans fait une chute d'une hauteur de 1 1/2-2 m. Il reste sans connaissance pendant une demi-heure, puis se plaint de douleurs abdominales. Il vomit à plusieurs reprises. Son état inquiétant le fait transporter chez le médecin qui diagnostique une rupture de l'intestin. Arrive à l'Hôpital 5 heures et demi après l'accident.

Il s'agit d'un enfant en bon état général, fort, gardant

sa connaissance. Pas de plaies visibles. Température à 37.4, pouls à 124, bien frappé. Thorax normal. Au niveau du ventre; celui-ci paraît rigide, un peu, mais au niveau du quadrant supéro-externe droit il existe une défense musculaire tout contre la cage thoracique. Petite matité bilatérale des flancs.

Laparotomie: épanchement de sang des deux côtés de l'abdomen. La vésicule biliaire qui est pleine et qui dépasse un peu le bord antérieur du foie, est indemne de toute lésion, mais elle est arrachée du foie à partir du fond jusqu'au milieu du corps. Du lit, il diffuse du sang. Les voies biliaires sont intactes. Aucune issue de bile. On suture

On suture le lit de la vésicule avec deux catguts et on tamponne dans l'angle hépato-vésiculaire. Arrêt de l'hémorragie. Fermeture. Suites bonnes.

-o-o-o-

SERVATION 14. ROBERTSON (H.) Am. J. Surg. 11, 395, 1931

Garçonnet de 11 ans. Admis 48 h. après avoir fait une chute d'une hauteur d'environ 2 m., alors qu'il faisait des acrobaties dans une grange, et se cogne l'épigastre contre une étable.

Pendant la journée présente des douleurs abdominales très intenses. Les jours suivants apparaissent des vomissements alimentaires d'abord, puis formés d'un liquide clair. Impossible de garder quoi que ce fut, même de l'eau. La mère remarque que

l'enfant "se gonfle".

Lors de l'admission on note: pouls à 120, température à 37°3, respiration à 55 par min., Globules blancs: 15.600, dont 91% de polynucléaires. L'abdomen est très distendu surtout au niveau de l'hypochondre gauche. Sensibilité de tout l'abdomen. Sonore partout sauf dans la région lombaire gauche. Pendant la nuit les douleurs furent plus importantes dans la région thoracique basse, droite, et irradiaient vers l'épaule droite. C'était une crise de colique vésiculaire typique qui ne fut cependant pas diagnostiquée. On note en outre une respiration difficile, des muqueuses pâles, un pouls rapide. Le ballonnement abdominal s'accroît. En ce moment, à peu près, il apparaît de l'ictère. On décide d'intervenir sur la découverte de pigments biliaires dans les urines.

Intervention: 10 jours après l'admission, soit 12 jours après l'accident. On trouva une vésicule biliaire détachée et déchirée pendant au foie, qui était intacte, par quelques lambeaux péritonéaux. Les autres viscères n'étaient pas atteints. Il s'était développé une péritonite biliaire extensive.

Cholécystectomie. Drainage. Guérison lente, mais complète.

-0-0-0-

SERVATION 15. BROWN (H. Jr.) Ann. Surg. 95, 952, 1932

Jeune homme de 18 ans, admis le 9.5.1931 à la suite d'un accident de voiture, au cours duquel il a été projeté violem-

ment en avant, contre le siège de devant de la voiture.

A l'arrivée il est sans conscience, mais il la retrouve bientôt. Il rentre chez lui, après avoir été soigné pour des abrasions de la face. Quelques heures après, il retourne à l'Hôpital pour des douleurs abdominales et des vomissements. La température est à 37.3, le pouls à 92, la respiration à 38/min., la tension artérielle à 138/78. Il s'agit d'un homme bien développé se plaignant de douleurs intenses dans l'abdomen, à type de coups de couteaux. Présente des nausées, une respiration rapide et superficielle, la respiration profonde causant des douleurs abdominales. L'examen de l'abdomen montre: une rigidité et une sensibilité intenses et généralisées, mais plus marquées sous le rebord costal droit. Pas de bruits péristaltiques ni de signes d'épanchement libre. Pas de masse intra-abdominale perceptible. Il existe une sensibilité bien marquée au-dessus du rein droit.

Les urines: poids spécifique 1.030, acides,; albumine: traces, présence de 150-200 globules rouges par champs, au fort grossissement. Dans le sang: 4.320.000 globules rouges, 20.000 globules blancs, dont 95% de polynucléaires et 5% de petits lymphocytes. Hémoglobine: 85%.

L'examen radioscopique est normal. Le diaphragme se meut normalement mais faiblement des deux côtés.

Intervention à la 13e heure de l'accident.

Rachianesthésie. Incision paramédiane droite. On découvre un important épanchement de sang dans la cavité abdominale. Estomac, rate, intestins, indemnes.

Le foie montre une entaille de 3 cm. sur sa face supérieure, convexe, au-dessus du lit vésiculaire. La vésicule biliaire a été arrachée complètement de son lit et pend librement dans une masse de sang. Elle était en outre franchement détachée du cholédoque. Il existe de même une petite déchirure sur la face inférieure du foie dans la région de la vésicule biliaire. L'artère cystique a été sectionnée et bouchée par un caillot.

On complète la cystectomie . La déchirure hépatique est suturée par quelques points de catgut. On retire environ 400 cc. de sang. Drain. Fermeture.

Vingt-quatre heures après, commence un drainage important de bile ayant duré 6 jours. A partir du 2e jour apparaît un ictère léger des sclérotiques, disparaissant en 3 jours.

Quitte l'Hôpital au 21e jour. Urines normales. Etat général bon.

-o-o-o-

OBSERVATION 16. HEBERT (P.) Observation 2 in: Thèse Fac. Med. Paris
129, 1939

Femme de 42 ans. Fait une chute sur le sol le 6.1.37, à plat ventre. Elle ressent une douleur vive, mais pas de syncope. Elle parcourt encore à pied environ un kilomètre. Il survient alors un vomissement. Passe une mauvaise nuit et ne consulte son médecin que le lendemain.

A l'examen du 7.1. le faciès est normal, le teint coloré.

La température est à 38°5, le pouls à 102. Il existe une douleur spontanée au creux épigastrique, une défense de toute la paroi abdominale. La douleur provoquée a son maximum à l'épigastre, à droite de la ligne médiane. On décèle une matité dans les flancs. L'examen des urines montre: albumine: traces; sucre: négatif; sang: faible présence; pus: néant; phosphates et urates: !!!

Le soir l'état s'aggrave: le pouls est à 120, la température à 38°5. La contracture s'est généralisée. Elle est maximum dans le quadrant supérieur droit. Il existe une douleur spontanée à l'épigastre et en ceinture. Pas d'irradiations scapulaires.

Intervention: à 18 h.

Anesthésie: Ether et CO²

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Du sang liquide se trouve épanché en grande quantité, environ 1 litre 1/2. Sur la face inférieure du foie on découvre une lésion parenchymateuse. En outre la vésicule est décollée. L'artère cystique est déchirée et on la ligature. Tamponnement de la brèche. Mèches. Fermeture de la paroi en un plan.

Les suites opératoires/^{sont} compliquées par un épisode pulmonaires puis, après la sortie de la malade, d'un infarctus pulmonaire droit.

Douze jours après l'accident, les urines présentaient des traces d'albumine et une légère présence de pus. Pas de sucre.

Par la suite, excellent état.

ERVATION 17. CAMPOS (E.) Arch. urug. de med., cir., y especialid.
26, 374, 1945.

Homme de 63 ans, admis le 19.3.1944.

Présente des troubles hépatiques depuis 10 ans: intolérance aux grasses et aux oeufs, douleurs périodiques dans l'hypochondre droit. N'a jamais présenté ni ictère ni décoloration des selles. Pesenteur stomacale et vomissements biliaires fréquents.

Il y a deux jours, apparition de douleurs dans l'hypochondre droit lui coupant la respiration, avec vomissements amers, biliaires et frissons. Le malade se trouve à ce moment à 40 km. de l'Hôpital. Il parcourt ce chemin à cheval, au galop. La douleur prend alors une forme lancinante, plus aigue. Arrivé chez lui, il s'alite dans cet état et s'aperçoit, au bout de quelques heures, qu'en plus de sa persistance inhabituelle, la douleur n'a plus sa localisation ordinaire, mais qu'elle intéresse tout le ventre et est accompagnée de ballonnement abdominal.

A l'admission: malade intoxiqué. Muqueuses pâles, lèvres et langue sèches et saburrales. Pouls: 110, hypotension, température: 37.4. Teinte subictérique. Respiration difficile. Douleurs diffuses dans tout l'abdomen, mais pas de défense franche, sauf une résistance à la palpation et une légère distension. Les signes semblent plus marqués dans la fosse iliaque droite. On pense à une péritonite appendiculaire.

Intervention: Incision au Mac Burney. Issue de sang sale. Pas d'explication locale. On fait une nouvelle incision: médiane supra et péri-ombilicale. On rencontre une vésicule libre,

presque flottante, extrêmement grande, pleine de calculs et, dans sa partie supérieure, la face d'attachement au foie duquel elle vient d'être arrachée. Les parois sont épaisses et friables. Le contenu biliaire n'est ni fétide ni purulent.

Nettoyage du lit occupé par un gros caillot. Cholécystotomie, car l'état du malade ne permet pas l'ectomie. Extraction de 7 énormes calculs à facettes.

Malgré l'état général satisfaisant, des signes d'alarme apparaissent: Urémie: 0,80/l., urines foncées, albuminurie: 0,90 par litre, présence de cylindres granuleux et hyalins, abondants globules rouges.

Malgré le traitement, le décès survient au 6e jour dans un tableau de collapsus cardiaque aigu.

-o-o-o-

ERVATION 18. MAGUIRE (C.H.) Am. J. Surg. 76, 5, 1948

L'auteur mentionne un cas de "cholécystectomie traumatique" rencontré il y a quelques années.

Il s'agissait d'un jeune homme d'environ 30 ans qui a été projeté du siège arrière d'une voiture contre le dossier du siège de devant.

Lors de l'admission il n'était pas dans un état spécialement grave. Il se plaint cependant de douleurs abdominales continues, auxquelles l'auteur prête peu d'importance au début.

Intervention: à la quatrième heure. Dès l'ouverture de la

cavité abdominale on rencontre environ 500 cc. de liquide fluide, teinté de sang. On ne trouva tout d'abord aucune lésion précise des viscères principaux, mais en aspirant le cul-de-sac il apparaissait une vésicule biliaire intacte, pendant au bout de l'aspirateur. L'exploration de la partie haute de la cavité révèle un lit vésiculaire de cholécystectomie aussi propre que possible. Le canal et l'artère cystiques étaient sectionnés proprement. Un peu de bile suintait du premier. L'artère était thrombosée. Après ligature des deux, fermeture de l'abdomen.

Guérison sans histoires.

-o-o-o-

OBSERVATION 19. PARKER(W.S.), ROBBINS (F.R.) Ann. Surg. 138, 915, 1953

Homme de 39 ans, admis le 27.3. 1952 à 14 h.

Le 24 lorsque, rentré ivre, il dort, sa femme le frappe à plusieurs reprises dans la région abdominale avec un talon haut, pointu, d'une chaussure. Dans la nuit du 24 le malade se plaint de douleurs épigastriques, sur la ligne médiane et du côté droit, ainsi que dans l'hypochondre droit. Ces douleurs s'accroissent le 25 et le 26 quand elles irradient vers le dos. Pas d'irradiation dans l'épaule droite. - Plus tard la douleur s'intensifie et s'étend dans les deux flancs et les quadrants inférieurs. - Le 26.3. apparaissent quelques nausées et vomissements. Le malade présente des selles le 26. (La couleur n'a pas été notée.)

A l'admission: Le malade est tranquille. Le pouls est rapide et faible. La respiration est difficile. Présente des sueurs, des extrémités froides, un faciès gris. L'abdomen est distendu, rigide, sensible à la palpation, le maximum étant situé dans le quadrant supérieur droit et sur la ligne médiane. Le toucher rectal montre une sensibilité marquée, mais le Douglas est vide.

Le laboratoire fournit les résultats suivants: Hémoglobine: 13,5 g. (84%); Globules rouges: 4.750.000; Globules blancs: 16.600; dont 85% de polynucléaires, 9% lymphocytes, 6% monocytes. La bilirubinémie à 5,1. La température est de 37,1, le pouls à 102, la tension artérielle : 148/100, la respiration: 28/min. L'examen des urines montre: sucre: traces; présence de quelques globules rouges.

L'examen radiologique montre une image suggérant l'ileus paralytique.

Intervention: le 26-27, 10 heures après l'admission.

Cavité péritonéale remplie d'un mélange de bile et sang, (2 litres environ). Aspiration.

La face inférieure du foie ne contient pas de vésicule. Son lit était occupé par une masse de sang coagulé, avec des fissures qui s'étendaient dans la substance hépatique. L'apparence générale étant celle d'une dissection minutieuse, sans entamer le foie. Par un orifice du cholédoque sortait beaucoup de bile. La vésicule est retrouvée dans le pelvis, à demi remplie par de la bile, sans calculs, sans fragments hépatiques. Le cystique était sectionné à sa jonction avec le canal hépatique.

Suites opératoires, absentes.

- CONCLUSIONS.-

Au terme de cette étude nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1.- Il s'agit d'une lésion rarement rencontrée.

2.- Elle peut être produite aussi bien par les traumatismes directs de la région hépato-vésiculaire, que par les traumatismes à point d'application éloigné, qu'il soit abdominal ou non et, dans ce dernier cas, la lésion sera engendrée par le contre-coup.

3.- Cette lésion se voit à tous les âges.

4.- Elle peut survenir sur des vésicules saines ou non, celles-ci étant, théoriquement, plus exposées.

5.- Le diagnostic en est difficile, car il n'existe pas de signes spécifiques d'arrachement vésiculaire. Il s'appuyera sur :

- la notion de traumatisme et son siège,
- l'existence de la douleur persistante, son siège et son irradiation;
- la découverte de la contracture;
- la présence des signes d'hémorragie interne

- ou des signes d'épanchement biliaire;
- les renseignements fournis par le laboratoire et les autres examens complémentaires.

6.- Le pronostic après intervention est bon.s'il n'y a pas d'autres lésions associées, surtout hépatiques, qui viennent l'assombrir.

7.- Le traitement en est chirurgical:

- cholécystorraphie,
- cholécystostomie,
- cholécystectomie, suivant les cas.

Parallèlement seront mis en oeuvre tous les moyens de réanimation-transfusion et d'anesthésie dont dispose la médecine moderne.

-o-o-o-o-o-o-o-

o-o-o

-

Vu
et permis d'imprimer,
le Recteur
de l'Académie de Paris,
Signé: J. SARRAILH

Vu:
le Doyen,
Signé: L.BINET

Le Professeur,
Signé: F. DE GAUDART-D'ALLAINES

- BIBLIOGRAPHIE. -

- 1)-AMANTE (A.) Le lesioni traumatiche del fegato e delle vie biliari. Roma 1912
- 2)-ANDERSON (L.) Traumatische ablösung der Gallenblase von der Leber. Acta. Chir. Scand. 59, 380, 1925
- 3)-BRIZIO (G.V.) Rottura traumatica della cistifellea. Osp. Magg. 19, 673, 1931
- 4)-BROWN (H.P.Jr.) Traumatic cholecystectomy. Ann.Surg. 95, 952, 1932
- 5)-CAMPOS (E.), ERRANDONEA (J.) Hemorragia peritoneal par desprendimento traumatico de la vesicula biliar de su lecho hepatico. Arch. urug. de med., cir. e especialid. 26, 374, 1945
- 6)-CHRISTOPHER (F.) Rupture of liver. Ann. Surg. 103, 461, 1936
- 7)-COLE (A.V.) Traumatic rupture of gallbladder. Case. Jour. Indiana.M.A. 28, 590, 1935
- 8)-DELOTTE Ponction exploratrice du péritoine dans le traumatisme de l'abdomen. Bull. et Mem. Soc. Chir. 48, 1174, 1922
- 9)-EKLOF (G.) Traumatic rupture of gallbladder. Nord. Med. 42, 1173, 1949
- 10)-FAURE (J.L.) Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval; décollement de la vésicule biliaire et hémorragie du foie. Laparotomie. Guérison. Bull. et Mem. Soc. Chir. 22-29 juillet 1896
- 11)-FINSTERER (H.) Über die bradycardie bei Leberverletzungen. Deutsch. Ztsch. f. Chir. 121, 520, 1913
- 12)-FRANCINI (L.) Lesioni operatorie delle vie biliari. Boll. e mem. Soc. toscana-umbra chir. 11, 303, 1950
- 13)-HOWARD(A.), GRIFFIN (H.P.), BROWN (N.) Rupture of the Gallbladder with massive intraperitoneal hemorrhage with recovery. Gastroenterology, 20, 174, 1952.

- 14)- KLIGOUR (A.) The Edinburgh Medical & Surgical Journal.
55, 352, 1841
- 15)- LEBEL (F.M.) Traitement et pronostic des traumatismes du
foie. Thèse Fac. Med. Paris, No. 560/1934
- 16)- LEWRENTZ(I.S.) Uber die subcutaneum Rupuren der Gallenwe-
gen traumatischen Ursprungs uebst einem
casuistischen Beitrage. Arch. f. Klin.
chir. 71, 111, 1903/04.
- 17)- McKNIGHT (R.B.) Postoperative physiological studies in a
case of traumatic rupture of the liver with
recovery. Am. J. Surg. 8, 542, 1930
- 18)-,MERCADE (S.) De l'intervention précoce dans les trauma-
tismes du foie. Rev. de Chir. 25, 89, 1902
- 19)- MERLE D'AUBIGNE (R.) Affections traumatiques - Paris,
Flammarion 1952
- 20)- MAYER (L.) Die Wunden der Leber und Gallenblase. Munchen,
1872
- 21)- MOORHEAD (J.J.) Clinical traumatic Surgery. W.B. Sanders,
Co. Philadelphia 1945
- 22)- MONDOR (H.) Diagnostics Urgents. Abdomen. Masson et Cie.
Paris, 1947
- 23)- NEUHOF (H.), COHEN (I.) Abdominal puncture in the diagno-
sis of the acute intraperitoneal disease.
Am. J. Surj. 8, 542, 1930
- 24)- NEWEL (C.E.) Traumatic rupture of the gallbladder & liver;
case with generalized peritonitis. Am. J.
Surg. 54, 613, 1947.
- 25)- NORGORE (M.) Traumatic rupture of the gallbladder. Case
reports and notes on choleperitoneum. Ann.
Surg. 123, 127, 1946.
- 26)- PAGET A unique case of rupture of the commun bile ducts.
Austral. med.Gazette 30, 54, 1912
- 27)- PALMER (R.G.) Les causes de la mort dans les plaies du
foie. Etudes expérimentales; déductions
thérapeutiques. Mem. Acad. Chir.66,546,1940.
- 28)- PARKER (W.S.), ROBBINS (F.R.) Traumatic amputation of
gallbladder without a wound of the abdomi-
nal wall. Ann. Surg. 138, 915, 1953.
- 29)- QUENU (J.) et Coll. Traité de technique chirurgicale.

Masson, Paris. 1952

- 30)- ROBERTSON (H.) The injured abdomen: A consideration of visceral injuries due to trauma where the abdominal wall has not been perforated. Am. J. Surg. 11, 395, 1931.
- 31)- SNDRS (G.B.), MACGUIRE (C.H.), MOORE (R.H.Jr.) Massive rupture of liver. Am. J. Surg. 78, 699, 1949
- 32)- SENGSTACKEN (R.F.) Traumatic rupture of gallbladder. Ann. Surg. 119, 959, 1944.
- 34)- SIMON (J.) L'anesthésiste devant l'urgence chirurgicale. Concours med. 14, 1285, 1953
- 35)- SMITH (S.W.), HASTINGS (T.N.) Traumatic rupture of the gallbladder. Ann. Surg. 139, 517, 1954
- 36)- SPARKMANN (R.S.) Massive hemobilia following traumatic rupture of the liver. Report of a case and review of literature. Ann.Surg. 138, 899, 1953
- 37)- STORCK (A.N.) Diagnosis in abdominal trauma. Am. J. Surg. 61, 1942
- 38)- THOMAS (W.T.) Rupture of Gallbladder. Laparotomy- cure. Brit. med. journal 2, 1406, 1898
- 39)- THOREK, (M.) Modern surgical technics. Philadelphia 1949
- 40)- WILMS Zur behandlung der Leber^erupuren Deutsch. med. Wchnschrft 27, 569, 1901
- 41)- WRIGHT (A.M.), LIVINGSTON (E.M.), The leukocytosis of internal-hemorrhage. New-York State J. Med. 23, 1923
- 42)- WRIGHT (L.T.), PRIGOT (A.), HILL (L.M.) Traumatic rupture of the liver without penetrating wounds. 32 cases. Arch. Surg. 54, 613, 1947.

-o-o-o-o-o-

o-o

-

Introduction.....	page 1
Généralités.....	2
Etiopathogénie.....	4
Anatomie pathologique.....	8
Symptomatologie.....	10
Diagnostic.....	17
Formes cliniques.....	25
Traitement.....	27
Complications post-opératoires.....	31
Pronostic.....	34
Observations.....	35
Conclusions.....	59
Bibliographie	61

